

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doit être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement est par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التاعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المستحقة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الخطأ الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للأحكام القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمعاملات الاحتياط الاجتماعي وهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

ملاحظة مهمة  
Entente préalable\*

تأمين  
Execution\*

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Régime : 1.1.03.01  
مراجعة رقم

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....  
Partie réservée à l'Assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : .....  
رقم الانخراط : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : .....

مبلغ الضاريف (درهم) : .....

عدد الوثائق المرفقة : .....

Declaracion du medecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المتلقي من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : .....

تاريخ الإزدياد : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

الجنس\* : ..... M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste تعريف طبيب الأسنان

N° INP الرقم الوطني للأستاذ للعلاج :

Type de soins نوع العلاجات

Soins\* : .....  
علاجات :

Prothèse\* : .....  
تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F\* : .....  
تقويم الأسنان والفكين :

Autres\* : .....  
علاجات أخرى :

N° entente Préalable : .....  
رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisée : .....  
في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

La date de l'accident : .....  
تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : .....  
أسباب الحادث :

أشده بصدق كل ما ذكر أعلاه.  
Faites sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : .....  
فعل في : .....

le : .....  
في : .....

توقيع المؤمن له (لها) : .....  
Signature de l'Assuré(e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : .....  
Caches et Signature du Medecin traitant ou de l'établissement de soins

PNP : Sérialisation Nationale de Praticiens  
\* Cocher la case correspondante pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مفعلا كل ما يبيع هذا المطبوع

Cacher et signature de la mutuelle

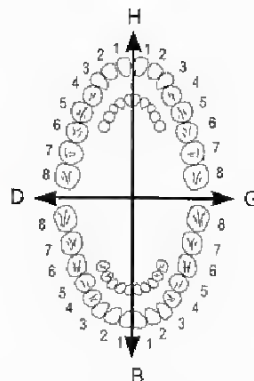
توقيع وطابع التاعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de depot du dossier : .....  
تاريخ الإيداع :

\* أشطى الشكالة

## وصف العمليات

[illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.